

Gustavo Vasconcelos Bittencourt Cabral

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Saúde Coletiva Faculdade de Ciências da
Saúde, Departamento de Saúde Coletiva como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Mara Pedrosa

Brasília
2017

Gustavo Vasconcelos Bittencourt Cabral

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Brasília, julho de 2017.

Prof.^a Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dra. Claudia Mara Pedrosa
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A todos que, de maneira direta ou indireta, me ajudaram a concluir mais esta etapa de minha trajetória acadêmica e pessoal. De modo especial, à minha mãe, incentivadora de meus estudos; ao meu pai (sempre presente); e à minha amada e caprichosa Nicole. Agradeço também ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, de modo especial à minha orientadora Claudia Mara Pedrosa e também à minha referência e inspiração profissional, Maria Fátima de Souza. Ressalto ainda a importância dos amigos fraternos do Ministério da Saúde, que com presteza e boa-vontade me ensinaram e continuam ensinando lições para toda a vida.

RESUMO

CABRAL, Gustavo Vasconcelos Bittencourt. **Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização da atenção à saúde**. 2017. (Curso de Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília.

Considerando a Atenção Primária à Saúde como estratégica para organização da atenção a saúde, o presente projeto, relata a experiência do processo de construção do Plano Operativo realizado durante o estágio, do Curso de Saúde Coletiva, em um Centro de Saúde de uma Região Administrativa do Distrito Federal, no 1º semestre de 2016. Visando ampliar a reflexão sobre como os processos de planejamentos compartilhados, realizados pelos sanitaristas, podem reorganizar os serviços de saúde, com impactos nos indicadores de qualidade da Atenção Primária à Saúde, este trabalho, na modalidade de plano de ação, tem o objetivo de relatar a experiência do processo construção do Plano Operativo, baseado no Planejamento Estratégico Situacional, adotado por Carlos Matus. A partir dos momentos – explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional – do Planejamento Estratégico Situacional, realizou-se uma análise crítica sobre a cultura organizacional do Centro de Saúde, que identificou falhas na estratégia de acolhimento do Centro de Saúde, permitindo aos futuros sanitaristas proporem maneiras de se estabelecer vínculos e relações entre os atores sociais. Deste modo, espera-se que com a estrutura do Plano Operativo construída, a equipe do Centro de Saúde esteja apta a desenvolver todas as atividades propostas pelos estagiários e ainda revisá-las, tendo em vista o caráter dinâmico do Planejamento Estratégico Situacional. O estágio em Atenção Primária à Saúde realizado no campo da saúde coletiva contribuiu para o fortalecimento das competência e habilidades do sanitarista, ao utilizar dos conhecimentos de política, planejamento e gestão em saúde, adquiridos na graduação.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Planejamento Estratégico. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

CABRAL, Gustavo Vasconcelos Bittencourt. **Primary Health Care as a strategy to organize the Health Care**. 2017. (Saúde Coletiva) – University of Brasília.

Since Primary Health Care is strategy to organize the Health Care, this study describes the experience of Operative Plan construction conducted during the curricular internship of the undergraduate course in Public Health in a Health Center of an Administrative Region of the Federal District, in the first half of 2016. In order to expand the knowledge about how the participatory planning process carried out by sanitarians may reorganize health services and impacts in the quality indicators of Primary Health Care, the aim of this study is describe the experience of Operative Plan construction based on Situational Strategic Planning methodology, by Carlos Matus. A critical analysis of the organizational culture of the Health Center was perform from the stages of Situational Strategic Planning methodology (explicative, normative, strategic, tactical and operational) and it was identified failures in the strategy of User Embracement in the Health Center. This fact will allow that the futures sanitarians make new proposes of diferent ways of establishing links and relationships between social actors. Therefore, it is expected that the Health Center team in possession of the Operational Plan is able to carry out and review all the activities proposed by the trainees. Lastly, the internship on Primary Health Care in the field of public health contributed to the strengthening of the competencies and abilities of sanitarian, using the knowledge of politics, planning and health management, acquired at graduation.

Keywords: User Embracement. Primary Health Care. Strategic Planning. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma da SES/DF.	12
Figura 2: Matriz explicativa do momento explicativo no formato "espinha de peixe" elaborada pelos estagiários.....	25
Figura 3: Matriz explicativa do momento explicativo no formato “espinha de peixe” revisada.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Capacidade de produção semanal dos recursos humanos que atuam no período noturno do CS.	17
Quadro 2: Lista com os problemas encontrados pelos estagiários.	21
Quadro 3: Lista com os problemas elencados pelos profissionais do Centro de Saúde.	22
Quadro 4: Matriz de priorização de problemas do momento explicativo.	23
Quadro 5: Matriz do momento normativo.	28
Quadro 6: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico <i>Sensibilizar a equipe para a prática do acolhimento e operação Realizar “Roda de Conversa” abordando o trabalho realizado pelos estagiários e discutir o item escolhido para intervenção.</i>	29
Quadro 7: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico <i>Capacitar a equipe para a prática do acolhimento e operação Definir um cronograma de educação permanente em saúde para a prática do acolhimento.</i>	30
Quadro 8: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico <i>Integrar todos os profissionais que atuam no Centro de Saúde à prática do acolhimento e operação Implementar classificação de risco para demanda espontânea na APS.</i>	30
Quadro 9: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico <i>Implementar classificação de risco para demanda espontânea na APS e operação Definir e implantar um novo fluxo de recepção/entrada dos usuários utilizando o manual do MS.</i>	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

DF – Distrito Federal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PO - Plano Operativo

CS – Centro de Saúde

RA – Região Administrativa

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
1.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	10
1.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	11
1.3	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
2.	METODOLOGIA.....	15
3.	DESENVOLVIMENTO.....	16
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.	CONCLUSÃO.....	34
6.	REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os países que se comprometem em garantir o direito à saúde ao seu povo estão em constantes embates para efetivação desse direito. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não fica de fora desse contexto. A concretização do SUS passa pelo enfrentamento de toda a complexidade que envolve o arranjo organizacional de uma política pública.

Mesmo diante do modelo de atenção à saúde hegemônico voltado para atender as demandas de média e alta complexidade, do financiamento em saúde cada vez mais escasso, da dicotomia entre avanços e retrocessos das políticas sociais, do conflito de interesses entre os atores envolvidos no SUS e do aumento das diversas necessidades em saúde da população, na sua trajetória, o SUS busca se consolidar como um sistema de saúde hierarquizado e integrado (GÖTTEMS et al., 2016; GÖTTEMS et al., 2009).

A organização do SUS de forma hierarquizada e integrada necessita de um modelo de atenção à saúde que seja capaz de articular os serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado em saúde.

A APS organiza o funcionamento das RAS, articula com os demais serviços de saúde – Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar – e realiza as intervenções sanitárias considerando as situações demográficas, epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde (DISTRITO FEDERAL, 2016a; CONASS, 2015).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012a), que considera Atenção Básica e APS como termos equivalentes:

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.
[...]

Nessa perspectiva, a APS é a porta de entrada dos usuários no SUS para resolução das suas necessidades em saúde com longitudinalidade, integralidade e coordenação das RAS.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a política pública utilizada para promover a organização da APS. Para Teixeira (2003) e Campos (2002) citados por Souza (2007, p. 73 e 79), a ESF é uma política pública que foca a universalização do acesso e reorganiza o processo de trabalho em saúde ao promover o trabalho em equipes multiprofissionais para a integralidade do cuidado em saúde.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Para Göttems et al (2009), o Sistema de Saúde do Distrito Federal (DF) tem como marco dois planos de saúde. O primeiro foi proposto por Bandeira de Mello com a criação de Brasília. O momento era de ofertar serviços médicos em uma visão hospitalocêntrica, com foco curativo e individual. Esse plano fracassou na medida em que a oferta dos serviços em saúde não crescia e não se transformava junto com o crescimento das necessidades em saúde da população, gerando barreiras de acesso.

Em seguida veio o plano de saúde proposto por Jofran Frejat com foco no cuidado primário. Nesse plano, a APS é estruturada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ofertam especialidades básicas em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia (GÖTTEMS et al., 2009).

Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF está organizada segundo organograma da Figura 1.

A Rede de Saúde Pública do DF é organizada por regiões de saúde. Essa organização descentralizada da gestão promove mais autonomia para a tomada de decisões dos gestores regionais, chamados de superintendentes regionais, além de ser uma estratégia que se conecta ao trabalho em RAS, desde que a estrutura operacional funcione integralmente (DISTRITO FEDERAL, 2016a; MENDES, 2015).

Nas UBS, os usuários podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomar vacinas, coletar exames laboratoriais, receber medicamentos indicados para o tratamento das doenças mais prevalentes para a APS e também

serem encaminhados para outras especialidades que a rede de saúde oferta (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

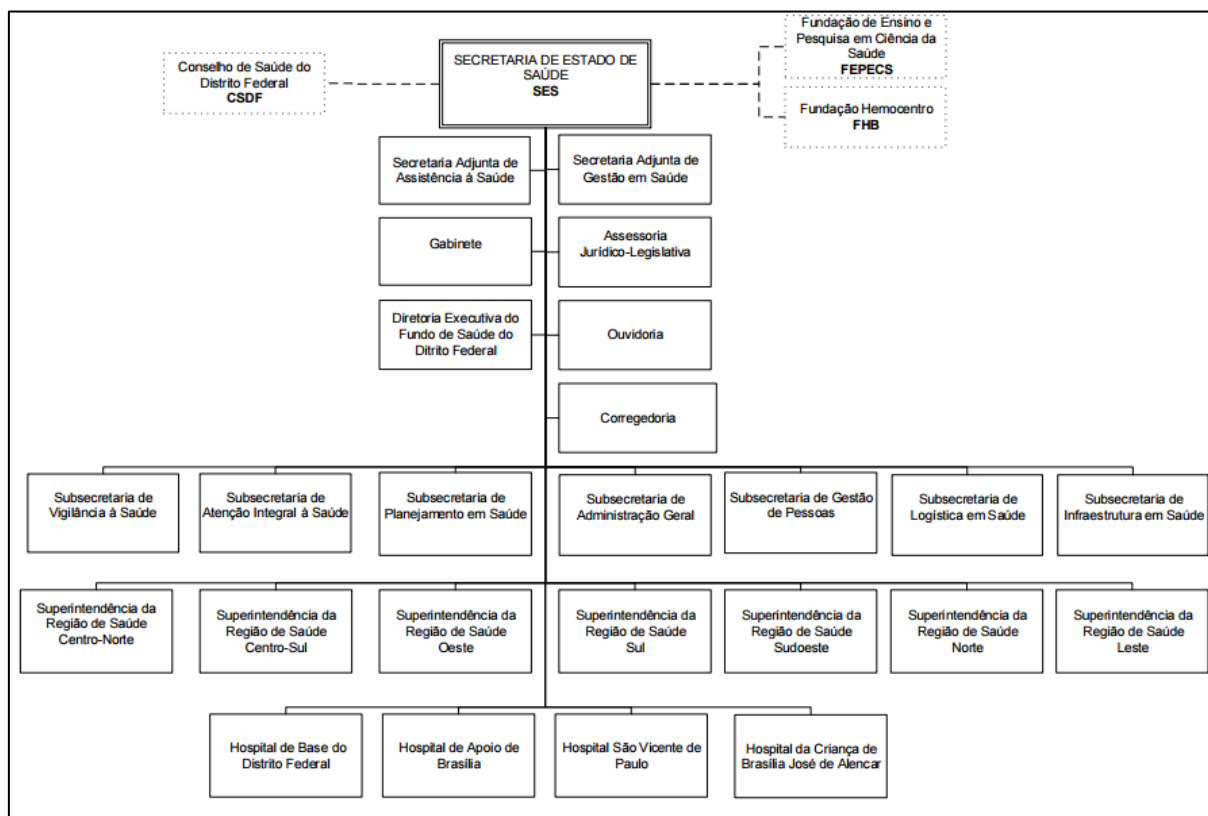


Figura 1: Organograma da SES/DF.

Fonte: Distrito Federal (2016b).

Nota: Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte – Brasília (Asa Norte), Lago Norte, Cruzeiro, Varjão e Sudoeste/Octogonal; Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul – Brasília (Asa Sul), Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, S.I.A., SCIA (Estrutural) e Guará; Superintendência da Região de Saúde Oeste – Ceilândia e Brazlândia; Superintendência da Região de Saúde Sul – Gama e Santa Maria; Superintendência da Região de Saúde Sudoeste – Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas; Superintendência da Região de Saúde Norte – Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina; Superintendência da Região de Saúde Leste – Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião.

Nota-se que os planos de saúde expostos anteriormente ainda são norteadores da gestão da saúde do DF.

Estudos da própria SES/DF apontam problemas de gestão da saúde do DF, como planejamento desintegrado dos planos de saúde; financiamento que privilegia

repassa de recursos para a média e alta complexidade; desarticulação da APS com os pontos da rede, tornando-a insuficiente para resolver seus problemas, aumentando as filas nos hospitais; falta de participação dos usuários no planejamento das ações em saúde a partir das suas necessidades; gestão do trabalho burocrática, tornando o processo de trabalho, baseado em normas, desgastante; fragilidade dos sistemas de informação em saúde, promovendo tomadas de decisão equivocadas (DISTRITO FEDERAL, 2016a; 2011).

Verifica-se que há um colapso no Sistema de Saúde do DF, provocado pela desorganização do modelo de APS, que não se desenvolveu junto às necessidades da população.

Diante dessa situação crítica, a SES/DF, por meio das Portarias nº 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, tenta efetivar a APS como coordenadora das RAS ao estabelecer a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Nessas Portarias, a APS desempenha um papel estratégico na organização do cuidado e do fluxo dos usuários nas regiões de saúde. E ainda, constituem a Saúde da Família como estratégia política para promover a organização da APS do DF (DISTRITO FEDERAL, 2017b; DISTRITO FEDERAL, 2017c).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), estima-se que a cobertura populacional de equipes de Saúde da Família no DF é de 32,17%. Com a ampliação da cobertura de ESF, a SES/DF pretende atingir 62% de cobertura, sendo 100% em áreas mais vulneráveis (BRASIL, 2017b; DISTRITO FEDERAL, 2016a).

A proposta da SES/DF de intervir na gestão da saúde do DF ao mudar do modelo tradicional de APS para a ESF é necessária, desde que tenha envolvimento de todos os atores, principalmente com a participação da comunidade nos conselhos de saúde em caráter permanente e deliberativo, como rege a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Se a comunidade não participa, ela se torna permissiva às tomadas de decisões dos gestores das políticas públicas.

Segundo estudo realizado por Silva (2013) há uma inadequação entre a participação dos usuários, dos profissionais de saúde, gestores e dos prestadores de serviços nos conselhos regionais de saúde do DF, o que prejudica a democracia participativa, favorece o modelo de gestão verticalizado e se torna uma barreira para o processo de implementação da ESF na gestão da saúde do DF.

Há dificuldades dos atores em socializar suas ideias em prol de um resultado capaz de atender as necessidades e expectativas de todos os envolvidos na gestão

do SUS. Porém, a mudança dessa realidade passa pela articulação dos próprios atores em conduzir o processo de tomada de decisão de forma participativa. Um instrumento adequado para isso é o planejamento em saúde.

1.3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, o planejamento em saúde passou por um processo de redemocratização das políticas públicas de saúde, uma vez que era tido como normativo, autoritário, vertical, fragmentado e que gerava inequidades (CARDOSO; SCHIERHOLT, 2014).

A Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 estabelecem que o planejamento da saúde tenha um caráter estratégico, com integração entre os entes. Nesse cenário, a Portaria nº 77/ 2017 veio para consolidar o planejamento da saúde na realidade da APS do DF, conforme seu artigo 15.

Art. 15. O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

Para Teixeira (2010), planejamento é um *“processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”*. A intervenção sobre problemas e necessidades em saúde necessita de um planejamento que promova o diálogo entre os sujeitos de diferentes setores da gestão, num processo de tomadas de decisão sustentável. Durante o processo de planejamento, são esses sujeitos que são capazes de identificar as potencialidades e dificuldades de cada situação em que se deseja intervir (LACERDA et al, 2016).

No SUS, uma das teorias mais utilizadas de planejamento estratégico é o Planejamento Estratégico Situacional (PES) adotado por Carlos Matus, sendo fundamental para a identificação e análise de uma situação problemática, a partir do

diagnóstico da situação de saúde e alcance de uma situação ideal, por meio de ações que a viabilizem (LACERDA et al, 2016; CARDOSO; SCHIERHOLT, 2014).

Considerando o cenário da APS, que apresenta constantes alterações no processo de trabalho, o caráter estratégico e situacional do PES permite aos atores adaptarem as ações às necessidades que surgem durante a resolução dos problemas identificados (LACERDA et al, 2016).

Diante das possíveis mudanças que possam ocorrer no decorrer do processo de planejamento, é importante monitorar o desenvolvimento das ações para que o enfrentamento dos problemas esteja sempre alinhado ao cenário.

O planejamento das ações em saúde da APS, como ratificado pelas portarias atuais de reorganização do modelo da APS, deve ser iniciado por meio da realização do diagnóstico da saúde, com o propósito de conhecer a real situação que se encontra as UBS do DF, contextualizando a região de saúde onde estão inseridas (DISTRITO FEDERAL, 2017b; DISTRITO FEDERAL, 2017c).

Na APS da SES/DF, verifica-se a ausência do hábito de planejar, colaborado por uma cultura organizacional caracterizada pelo desinteresse de profissionais em melhorar o processo de trabalho das UBS (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

Diante disso, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência do processo de construção do Plano Operativo (PO), através da metodologia de PES, para o aprimoramento da APS de um Centro de Saúde (CS) do Distrito Federal, como meio de auxiliar na mudança da cultura organizacional desse Centro de Saúde.

O presente estudo no campo da saúde coletiva se faz pertinente para ampliar a reflexão sobre como os processos de planejamentos compartilhados realizados pelos sanitaristas podem reorganizar os serviços e sistemas de saúde com impactos nos indicadores de qualidade da APS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da elaboração do PO, baseado no PES, atividade realizada durante o Estágio Supervisionado 2 do Curso de Saúde Coletiva, que foi desenvolvido em um CS do DF, no primeiro semestre de 2016.

Analizou-se as etapas realizadas durante o processo de construção do PO e para fundamentá-la, realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados constantes no Portal CAPES, utilizando os termos DeCS: “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “Planejamento em Saúde”, “Planejamento Estratégico Situacional”, “Saúde Coletiva” e outros termos: “Redes de Atenção à Saúde”, “Distrito Federal” e documentos oficiais do MS e da SES/DF.

3. DESENVOLVIMENTO

O CS onde foi realizado o estágio é uma UBS localizada em uma Região Administrativa (RA) do DF, inserida na região de saúde leste. A área de abrangência dessa Unidade de Saúde compõe todas as quadras da RA (exceto uma única quadra, que é coberta pela ESF) e da sua zona rural (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

A Unidade abria nos três turnos, de segunda a sexta-feira das 07h00min às 22h00min. Devido ao estágio ter sido realizado no terceiro turno (18h00min às 22h00min), este trabalho abordará o processo de trabalho desse período (BRASIL, 2017).

Segundo informações dos servidores, o terceiro turno foi instituído no CS em 2014. Entretanto, houve um período em que esse turno foi desativado, em detrimento da falta de profissionais suficientes para prestação dos serviços.

Percebeu-se, a partir da vivência no campo de estágio, que as principais demandas no período noturno estão relacionadas à:

1. Saúde da mulher na APS, contemplando o pré-natal, puerpério e aleitamento materno, planejamento reprodutivo, climatério, prevenção dos cânceres que mais acometem a população feminina e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, conforme os pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004);
2. Saúde da criança com acompanhamento cuidadoso até os dois anos de idade, período este considerado crítico e sensível do crescimento e do desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012b).

Contudo, entende-se que essas demandas deveriam estar inseridas nas Redes de Atenção Materno-Infantil, como a Rede Cegonha, que atua como uma estratégia transversal a PNAISM e a Saúde da Criança (BRASIL, 2011).

No período do estágio, o serviço noturno contava com consultas de pediatria (01 médico) nas segundas e quintas-feiras e de clínica médica (01 médico) nas segundas, quartas, quintas e sextas-feiras. Além das consultas médicas, a Unidade contava com oferta de serviços de saúde da mulher prestados todos os dias por enfermeiras e técnicas de enfermagem.

O Quadro 1 apresenta a capacidade de produção semanal dos recursos humanos que atuavam no período noturno do CS no período em que o estágio foi realizado.

Quadro 1: Capacidade de produção semanal dos recursos humanos que atuam no período noturno do CS.

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal
Clínico geral	22h
Pediatra	10h
Enfermeiro	20h
Técnico de Enfermagem	55h

Fonte: Centro de Saúde onde foi realizado o estágio.

De modo geral, os atendimentos nas consultas médicas ocorriam por demanda espontânea, com ausência de acolhimento. Havia atendimento por demanda programada apenas para a única equipe da ESF da Unidade. Essa equipe, modelo de cobertura, atendia a população adscrita de uma quadra da RA onde o CS se localizava.

Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011), *“a efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada”*. A implantação do acolhimento nessa Unidade pode contribuir para organização da porta de entrada ao serviço, repassar parte da demanda espontânea para a programada por meio das ações de prevenção e promoção da saúde e aumentar a resolubilidade da APS.

Os profissionais de saúde relataram que nos turnos matutino e vespertino cada médico realizava de dezoito a vinte consultas por turno de quatro horas, resultando em até cinco atendimentos por hora. Já no turno noturno, os médicos realizavam

doze atendimentos, o que resultaria em três atendimentos por hora. Porém, durante o estágio, verificou-se que os médicos começavam a atender os usuários às 18h e terminavam os atendimentos entre 20h e 20h30min, havendo tempo suficiente para atender mais pacientes, tendo em vista que a Unidade fechava as portas às 22h.

Percebeu-se que havia um desequilíbrio entre a oferta e a demanda em saúde entre os turnos do CS. A Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 do MS preconiza quatro consultas médicas por hora no âmbito do SUS. Deste modo, em quatro horas de serviço, um médico deveria atender dezesseis pacientes. Adicionalmente ao preconizado nessa Portaria, deve-se considerar o perfil epidemiológico da UBS e da região de saúde onde ela está localizada. Porém, não houve posicionamento dos médicos ou do gestor da Unidade em relação ao número de consultas médicas no período noturno.

Essa relação entre número de consultas e tempo de duração pode gerar um indicador importante para avaliação da qualidade do serviço ofertado. Porém, as consultas médicas não são os únicos fatores de avaliação de qualidade do serviço. O relato sobre as consultas médicas se deu meramente pela percepção do processo de trabalho centrado no saber do médico, desvalorizando os serviços ofertados pelos demais profissionais de saúde da Unidade.

Na época em que o estágio foi realizado, a região leste de saúde do DF estava passando por uma reestruturação das RAS. O CS teria que assumir uma posição importante para a implantação das RAS. Com o diagnóstico situacional das demandas mais relevantes do terceiro turno e identificação de quais dessas que geram problemas para a gestão da Unidade, era necessário planejar as ações que seriam realizadas para auxiliar o superintendente regional e o gestor da UBS na implantação das Redes.

Para a identificação dos problemas, a metodologia de planejamento utilizada foi o PES. O PES é constituído de quatro momentos – momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional – em que não se dão por início nem fim predefinido, uma vez que os momentos estão ligados entre si e se diferenciam pelo enfoque dado em cada etapa. Destaca-se a participação de diferentes atores envolvidos no processo. Os momentos são descritos a seguir (TEIXEIRA, 2010; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013a):

- 1- Momento explicativo: Quando ocorre a identificação, priorização e explicação dos problemas relacionados ao foco estabelecido:

- a. Matriz de Priorização de Problemas: por meio de um quadro, estipula-se um valor para cada critério de priorização do problema. A pontuação para priorização considera uma escala, sendo 0 a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto. O somatório classificará o grau de prioridade dos problemas. Os critérios que deverão ser avaliados são magnitude (número de pessoas e a frequência com que o problema atinge uma determinada área ou população), transcendência (grau de interesse que as pessoas têm em solucionar o problema), vulnerabilidade (possibilidade de se desenvolver as intervenções necessárias, com a tecnologia disponível, para resolução do problema), urgência (prazo para enfrentamento do problema) e factibilidade (disponibilidade de recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e políticos para resolver o problema). Tais critérios auxiliam no processo de priorização.
 - b. Matriz Explicativa: sua construção leva em consideração a análise do problema priorizado, das causas e consequências que levam à identificação dos descritores que evidenciam o problema.
- 2- Momento normativo: Quando se definem as mudanças da situação atual, em direção à imagem-objetivo, através da construção da matriz do momento normativo;
 - 3- Momento estratégico: Quando se analisa o dinamismo da situação por meio da avaliação da viabilidade e da factibilidade das operações e ações propostas no momento normativo, com a construção da matriz do momento estratégico;
 - 4- Momento tático-operacional: Nesse momento, todas as análises realizadas nos momentos anteriores tornam-se ações concretas, por meio do monitoramento das ações e proposição de mudanças e ajustes, estabelecendo-se indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução.

No PES, a ação, a situação e os atores formam um complexo centrado em problemas e em operações que serão desencadeados para o enfrentamento desses problemas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013b).

Adicionalmente, essa metodologia nos permite fazer as adaptações necessárias baseadas em uma análise da realidade, considerando a sua complexidade e, principalmente, o seu dinamismo (TEIXEIRA, 2010; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013b).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do PO teve a participação dos estagiários e dos profissionais de saúde que trabalhavam no período noturno de um CS do DF.

Para o momento explicativo, a proposta inicial foi organizar uma oficina para apresentar o PO aos atores convidados. Já nessa etapa alguns problemas foram enfrentados, como o fato de que os próprios estagiários não estavam seguros em utilizar o PES, além de faltar um conhecimento mais aprofundado sobre a implantação dessa ferramenta na gestão de um serviço de APS. Após leituras e discussões participativas, resolveu-se utilizar o PO como estrutura norteadora do trabalho no campo de estágio. Outro obstáculo enfrentado foi a dificuldade em encontrar uma agenda para que os profissionais da Unidade participassem da oficina de construção do PO.

Diante disso, utilizou-se uma estratégia alternativa para a apresentação dos problemas aos atores envolvidos no PO. Primeiramente, a partir da análise situacional do serviço, os próprios estagiários identificaram e listaram alguns problemas, apresentados no Quadro 2.

Os estagiários abordaram cada um dos profissionais que trabalhavam no período noturno e compartilharam os problemas do Quadro 2 para que fosse realizada uma análise por esses. Com intuito de aprimorar a análise, um representante da gerência da Unidade enviou a lista de problemas para ser analisada pelos profissionais que trabalhavam no período diurno.

Quadro 2: Lista com os problemas encontrados pelos estagiários.

Problemas	
1	Ausência de acolhimento.
2	Oferta de serviço noturno insuficiente para a demanda.
3	Ausência de planejamento para lidar com a demanda administrativa no CS.
4	Aumento da população sem redimensionamento da estrutura física e de pessoal.
5	Considerável absenteísmo.
6	Demanda diurna elevada.
7	Atendimento psicológico restrito a idosos.
8	Clima organizacional desfavorável.
9	Desorganização do cuidado.
10	Compensação de horas extras por meio de banco de horas.
11	Ausência de carteira de serviços para o período noturno.
12	Farmácia fechada durante a noite.
13	Demanda elevada por pacientes oriundos de outros Estados no quarto trimestre do ano.
14	Distorção dos boletins epidemiológicos.
15	Atendimento restrito ao programa “cárie zero” e ao horário diurno
16	Falta de cultura de monitoramento e avaliação dos servidores na SES/DF.
17	Fragilidade da estratégia de gestão.
18	Agentes Comunitários de Saúde não possuem autonomia para agendar consultas.
19	Falta de medicamentos e insumos estratégicos para a APS.
20	Desorganização e morosidade na compra de insumos e equipamentos.
21	Fragilidade no relacionamento interprofissional.
22	Descrédito, por parte dos usuários, na capacidade do CS em melhorar e ampliar os serviços.
23	Pressão dos usuários pela diminuição do tempo de consulta.

O Quadro 3 apresenta os problemas elencados pelos profissionais do Centro de Saúde após suas análises individuais. Verificou-se que dos 23 problemas inicialmente propostos, dez foram considerados como problemas, uma vez que os demais possuíam algum tipo de interface com os que foram elencados.

Quadro 3: Lista com os problemas elencados pelos profissionais do Centro de Saúde.

Problema	
1	Ausência de acolhimento.
2	Oferta de serviço noturno insuficiente para a demanda.
3	Ausência de planejamento para lidar com a demanda administrativa no CS.
4	Aumento da população sem redimensionamento da estrutura física e de pessoal.
5	Demanda diurna elevada.
6	Clima organizacional desfavorável.
7	Farmácia fechada durante a noite.
8	Falta de cultura de monitoramento e avaliação dos servidores na SES/DF.
9	Falta de medicamentos e insumos estratégicos para a APS.
10	Descrédito, por parte dos usuários, na capacidade do CS em melhorar e ampliar os serviços.

Com os problemas elencados, os estagiários elaboraram a matriz de priorização de problemas, classificando o grau de prioridade desses problemas por meio de uma avaliação técnica. Os atores receberam a matriz para preenchimento individual. Após o preenchimento, as notas foram somadas a fim de classificar os problemas. O Quadro 4 mostra que o problema *Demanda Diurna Elevada* foi o que atingiu maior pontuação, logo, foi o problema priorizado.

Quadro 4: Matriz de priorização de problemas do momento explicativo.

PROBLEMA	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total
	Tamanho	Interesse	Reversão	Espera	Recursos	
Ausência de acolhimento	31	22	25	22	23	123
Oferta de serviço noturno insuficiente para a demanda	25	20	19	20	19	103
Ausência de planejamento para lidar com a demanda administrativa no CS	26	30	25	24	20	125
Aumento da população sem redimensionamento da estrutura física e de pessoal	30	29	20	21	20	120
Demanda diurna elevada	35	33	26	24	24	142
Clima organizacional desfavorável	26	25	24	23	20	118
Farmácia fechada durante a noite	30	23	21	20	22	116
Falta de cultura de monitoramento e avaliação dos servidores na SES/DF	28	24	25	26	25	128
Falta de medicamentos e insumos estratégicos para a APS	26	30	23	24	25	128
Descrédito, por parte dos usuários, na capacidade do CS em melhorar e ampliar os serviços	29	27	24	22	24	126

Com o problema priorizado, foi necessário identificar o descritor, cuja definição permite mensurar quantitativamente ou qualitativamente o problema que está sendo analisado e auxilia no desenvolvimento do PO (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Houve dificuldade em encontrar uma agenda para construção da matriz explicativa com os atores que contribuíram para a identificação do problema priorizado, uma vez que no momento em que os estagiários estavam no CS, os profissionais estavam atendendo aos usuários da Unidade. Coube aos estagiários, por meio da análise do problema priorizado, identificarem o descritor, bem como as causas e consequências que evidenciam o problema, apresentados na Figura 2.

Após uma análise crítica da matriz explicativa, exposta na Figura 2, percebeu-se que alguns pontos discutidos durante a construção dessa matriz não foram contemplados, sendo necessária a sua atualização, com o objetivo de dar maior clareza à escrita do problema, descritor, causas, consequências e imagem-objetivo. Sabe-se que o ideal seria realizar todas as etapas do PES em conjunto, porém em detrimento dos poucos momentos de encontro entre os atores, optou-se por seguir o PO de forma individual.

Na matriz revisada, incluiu-se a causa convergente *falta de acolhimento*, visto que durante a construção da matriz, os estagiários chegaram a um consenso de que a melhoria desse serviço seria o objetivo do PO.

A Figura 3 apresenta a matriz revisada.

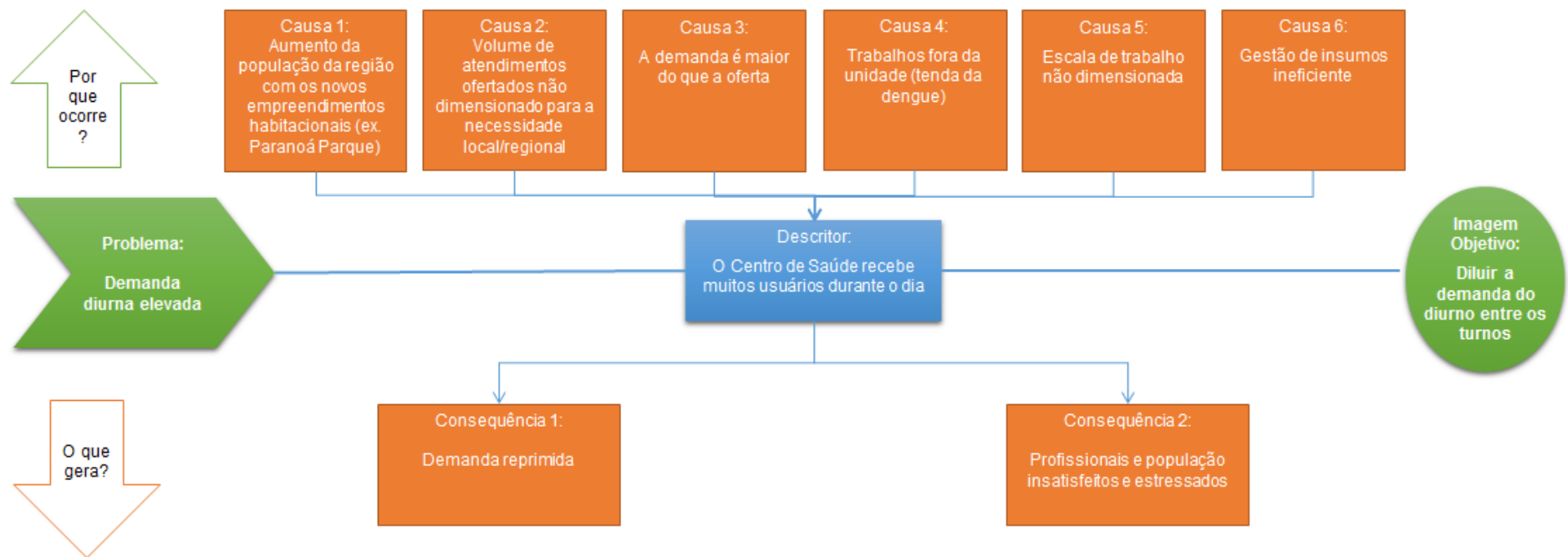


Figura 2: Matriz explicativa do momento explicativo no formato "espinha de peixe" elaborada pelos estagiários.

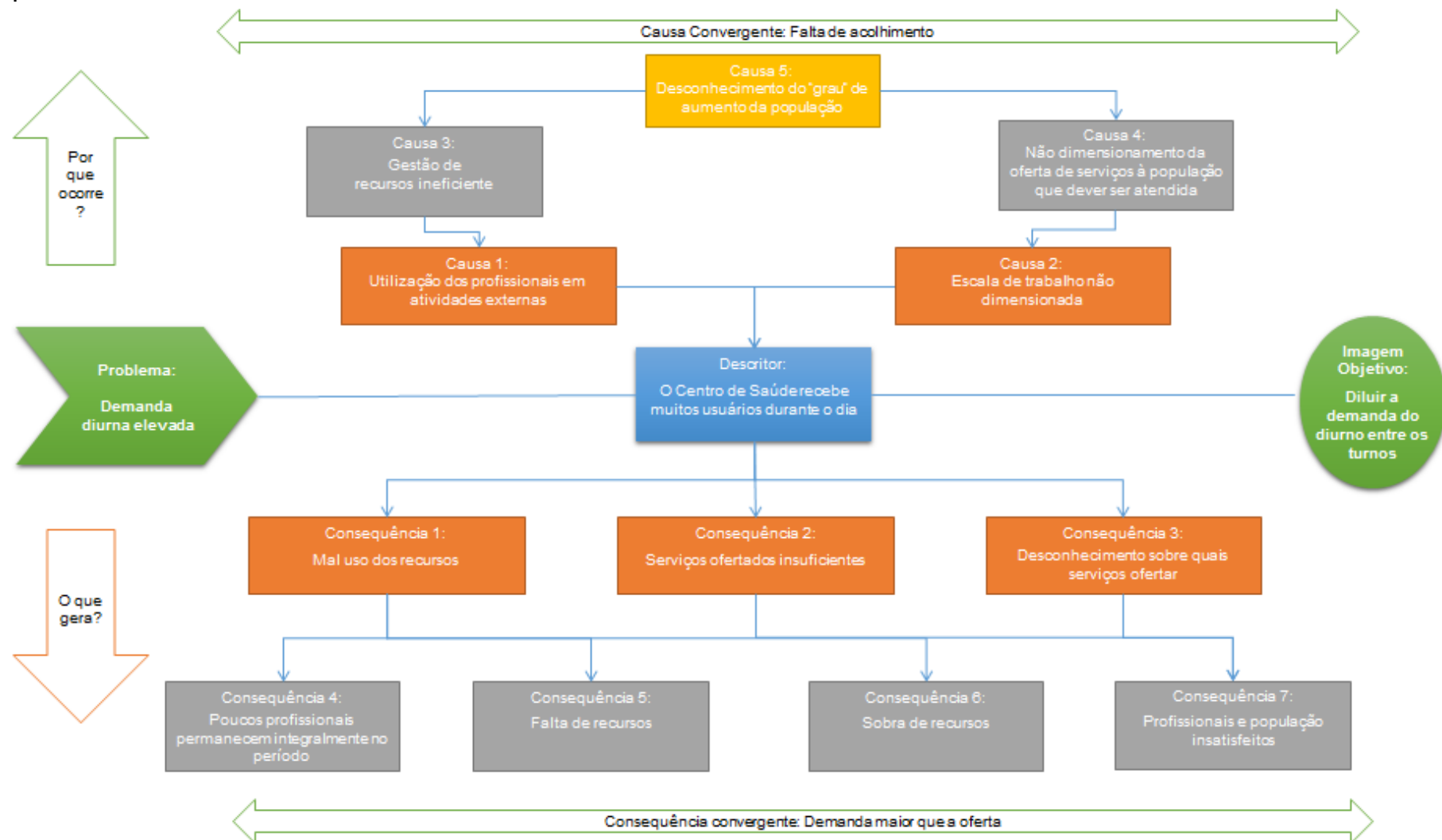


Figura 3: Matriz explicativa do momento explicativo no formato “espinha de peixe” revisada.

A identificação da causa e consequência convergentes, durante a construção das matrizes do momento explicativo, foram fundamentais para a elaboração da matriz do momento normativo, que define os objetivos geral e específicos, as operações e as ações relacionadas às observações expostas na etapa anterior. A matriz do momento normativo está apresentada no Quadro 5.

Estabelecidas as operações e ações do PO, com objetivo de reorganizar a porta de entrada do CS, a próxima etapa foi analisar a viabilidade e factibilidade por meio da matriz do momento estratégico, apresentada nos Quadros 6 a 9. Verificou-se que para cada objetivo específico e operação, foi necessário construir uma matriz que orientasse a gerência do CS em separar as ações que poderiam ser realizadas pela própria equipe da Unidade, com os recursos que ela já possui, das ações que precisam de outros recursos e apoios externos para serem realizadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Quadro 5: Matriz do momento normativo.

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES
Reorganizar a porta de entrada: Informação ao Usuário e Acolhimento	Sensibilizar a equipe para a prática do acolhimento	Realizar “Roda de Conversa” abordando o trabalho realizado pelos estagiários e discutir o item escolhido para intervenção	Apresentação do PO via <i>PowerPoint</i>
			Identificação de um conceito inicial de acolhimento para apresentação
			Divulgação da Roda de Conversa aos profissionais do período noturno
			Disponibilização de material informativo sobre acolhimento na APS
	Capacitar a equipe para a prática do acolhimento	Definir um cronograma de educação permanente em saúde para a prática do acolhimento	Realização de oficinas de capacitação aos profissionais do CS
			Disponibilização de materiais de comunicação visual aos usuários
	Integrar todos os profissionais que atuam no CS à prática do acolhimento	Empoderar todos os atores do CS para vivência diária das práticas de acolhimento	Realização periódica de reuniões entre gestores da região leste de saúde do DF, profissionais do CS e usuários
	Implementar classificação de risco para demanda espontânea na APS	Definir e implantar um novo fluxo de recepção/entrada dos usuários	Elaboração de um cronograma de estudos pelos profissionais do CS
			Criação de um fluxo de atendimento aos usuários utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº 28 do MS (BRASIL, 2013)

Quadro 6: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico *Sensibilizar a equipe para a prática do acolhimento e operação Realizar “Roda de Conversa” abordando o trabalho realizado pelos estagiários e discutir o item escolhido para intervenção.*

AÇÕES	ANÁLISE DE VIABILIDADE (PODER)			ANÁLISE DE FACTIBILIDADE		DÉFICIT	ATIVIDADE ESTRATÉGICA
	DECIDIR	EXECUTAR	MANTER	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS NECESSÁRIOS		
Apresentação do PO via <i>PowerPoint</i>	Sim	Sim	Sim	Recursos humanos, materiais e financeiros	Estagiários	Não	
Identificação de um conceito inicial de acolhimento para apresentação	Sim	Sim	Sim		Conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica, práticas de acolhimento, experiência do uso do acolhimento nos serviços de APS	Desinteresse em aprender estratégias para a melhoria do serviço	Motivar os profissionais do CS para qualificação em APS
Divulgação da Roda de Conversa aos profissionais do período noturno	Sim	Sim	Sim		Gerência do CS	Não	
Disponibilização de material informativo sobre acolhimento na APS	Sim	Sim	Sim		Estagiários e gerência do CS	Material informativa inadequado aos atores	Elaborar materiais que sejam aplicáveis aos usuários e profissionais do CS

Quadro 7: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico *Capacitar a equipe para a prática do acolhimento e operação Definir um cronograma de educação permanente em saúde para a prática do acolhimento.*

AÇÕES	ANÁLISE DE VIABILIDADE (PODER)			ANÁLISE DE FACTIBILIDADE		DÉFICIT	ATIVIDADE ESTRATÉGICA
	DECIDIR	EXECUTAR	MANTER	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS NECESSÁRIOS		
Realização de oficinas de capacitação aos profissionais do CS	Sim	Sim	Sim	Recursos humanos, materiais e financeiros	Profissionais da SES/DF, UnB, estrutura física, computadores, e projetor	Adesão dos profissionais	Criar um grupo de trabalho para gerenciar todas as atividades referentes ao acolhimento
Disponibilização de materiais de comunicação visual aos usuários	Sim	Sim	Sim		SES/DF, UnB, MS	Elaborar materiais didáticos e com linguagem acessível	

Quadro 8: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico *Integrar todos os profissionais que atuam no Centro de Saúde à prática do acolhimento e operação Implementar classificação de risco para demanda espontânea na APS.*

AÇÕES	ANÁLISE DE VIABILIDADE (PODER)			ANÁLISE DE FACTIBILIDADE		DÉFICIT	ATIVIDADE ESTRATÉGICA
	DECIDIR	EXECUTAR	MANTER	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS NECESSÁRIOS		
Realização periódica de reuniões entre gestores da região leste de saúde do DF, profissionais do CS e usuários	Sim	Sim	Sim	Recursos humanos, materiais e financeiros	Gestores da região leste de saúde do DF, profissionais do CS, usuários, estrutura física	Comprometimento dos atores e agenda	Criar um grupo de trabalho para gerenciar todas as atividades referentes ao acolhimento

Quadro 9: Matriz do momento estratégico relacionada ao objetivo específico *Implementar classificação de risco para demanda espontânea na APS e operação Definir e implantar um novo fluxo de recepção/entrada dos usuários utilizando o manual do MS.*

AÇÕES	ANÁLISE DE VIABILIDADE (PODER)			ANÁLISE DE FACTIBILIDADE		DÉFICIT	ATIVIDADE ESTRATÉGICA
	DECIDIR	EXECUTAR	MANTER	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS NECESSÁRIOS		
Elaboração de um cronograma de estudos pelos profissionais do CS	Sim	Sim	Sim	Recursos humanos, materiais e financeiros	Profissionais do CS, estrutura física, computadores, e projetor	Adesão dos profissionais	Criar um grupo de trabalho para gerenciar todas as atividades referentes ao acolhimento
Criação de um fluxo de atendimento aos usuários utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº 28 do MS (BRASIL, 2012)	Sim	Sim	Sim		Gestor e profissionais do CS, publicações do MS		

Destaca-se que as ações da operação *realizar “roda de conversa” abordando o trabalho realizado pelos estagiários e discutir o item escolhido para intervenção* foi realizada no CS no dia 23 de junho de 2016, pois os recursos necessários para a realização da “roda de conversa” eram viáveis e factíveis, dependendo apenas dos atores que participaram desse evento. A “roda de conversa” teve a participação dos estagiários, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico e representantes da gerência da Unidade. Inicialmente, os estagiários deram uma breve explanação sobre o curso de Saúde Coletiva como uma proposta de responder à sociedade sobre o papel do Estado na garantia do direito à saúde, envolvendo poder e democratização em busca da melhor equidade, ao resolver os adoecimentos, propondo suas prevenções e promovendo saúde (SCHRAIBER, 2008). Além disso, os estagiários justificaram a necessidade de se ter um campo de estágio onde o estudante possa adquirir experiência no cenário de prática, articulando teoria e prática, aperfeiçoando atividades gerenciais e fortalecendo a integração do ensino com o campo da saúde coletiva.

Em seguida, apresentou-se o PO como uma ferramenta de planejamento estratégico situacional, detalhando os momentos do Plano e mostrando os primeiros resultados encontrados, como o problema priorizado, objetivos, operações e ações.

No final, os estagiários provocaram os participantes da “roda de conversa” para discutirem sobre o acolhimento e sua inserção como parte do processo de trabalho do CS. Os participantes falaram bastante sobre as fragilidades e potencialidades do acolhimento para melhoria do serviço ofertado. Verificou-se também a necessidade de um melhor entendimento sobre o acolhimento, que pelas falas dos profissionais era identificado muitas vezes como uma triagem.

Existem várias definições sobre acolhimento, o que leva a diferentes entendimentos sobre essa prática, como foi observado na roda de conversa. O MS (2013) define, de uma forma genérica, que *“o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”*. Sendo assim, entende-se que o acolhimento no CS, em que foi realizado o estágio, já existia, porém a forma como ele era conduzido deveria ser melhor organizada.

No período do estágio foi possível concluir o objetivo específico de *sensibilizar a equipe para a prática do acolhimento*, com suas operações e ações realizadas. Os

demais objetivos específicos construídos pelos estagiários não foram colocados em prática, em detrimento das inúmeras atividades que os atores do PO estavam desenvolvendo e o encerramento do semestre letivo da Universidade de Brasília (UnB). Apesar disso, os encaminhamentos da “roda de conversa” possibilitaram a construção da matriz do momento estratégico. As falas dos participantes da “roda de conversa” norteou a identificação dos recursos necessários para o desenvolvimento das ações propostas e a avaliação se esses recursos estariam fora do controle da gerência do CS ou se as ações precisavam de um apoio político da Superintendência da Região de Saúde Leste do DF ou até mesmo da SES/DF.

Acredita-se que com a estrutura do PO construída, a equipe do CS esteja apta a desenvolver as atividades que não foram realizadas e ainda revisar o que já foi realizado, pois podem surgir novas ideias e propostas a partir dos resultados preliminares, que possibilitem alterar visões estabelecidas anteriormente. Essa característica do PES mostra que as etapas do planejamento não são fragmentadas, podendo ser realizadas e trabalhadas simultaneamente.

5. CONCLUSÃO

O estágio em APS realizado no campo da saúde coletiva contribuiu para o fortalecimento das competências e habilidades do sanitarista, ao utilizar dos conhecimentos adquiridos no curso de saúde coletiva. Das linhas de trabalho definidas pelo Departamento de Saúde Coletiva da UnB (2017), a que mais este trabalho se identifica é com a política, planejamento e gestão em saúde. No estágio foi possível inserir essa área da saúde coletiva como organizadora do processo de trabalho do CS.

Os estagiários conseguiram participar efetivamente de processos de discussão e implementação das atividades de planejamento, gestão e avaliação das ações construídas no PO.

Apesar do CS não estar preparado para receber estagiários de saúde coletiva no período noturno, os futuros sanitaristas foram reconhecidos pela equipe do período noturno da Unidade como atores estratégicos do planejamento proposto, sendo capazes de dar respostas diferenciadas e complementares às dos demais atores. Essa percepção vai de encontro às propostas de haver cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil para atendimento das demandas do SUS que outros profissionais da saúde não absorveram em suas competências e habilidades, como argumentado por Paim (2009), Bosi e Paim (2010).

Ao reconhecer as falhas de acolhimento do CS, o PO liderado pelos estagiários demonstrou que o Curso de Saúde Coletiva forma profissionais capazes de estabelecer vínculos e relações com a comunidade, promovendo a gestão participativa entre gestores, profissionais e usuários.

Como o planejamento em saúde é um processo dinâmico, ao apresentar mudanças de cenário no decorrer de seu desenvolvimento, a construção do PO, baseado na teoria do PES de Carlos Matus, facilitou esse processo através de sua metodologia de planejamento participativo, que ao envolver os atores do processo de trabalho, possibilitou uma compreensão mais ampla do problema priorizado, gerando um maior comprometimento na tentativa de mudança da cultura organizacional do CS. O PES mostra que as ações dependem da coletividade, o que amplia a governabilidade dessas ações.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Investigación Original**, v. 2, n. 29, p.84-95, 2011.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 2029 - 2038, 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 236 - 237, fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 28, V. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso: 14 jun. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

CARDOSO, Antonio José Costa; SCHIERHOLT, Sérgio R. Planejamento em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p.133-140, jun. 2014.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde -. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Conass, 2015. 127 p.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Governo de Brasília. **Hospitais e demais Unidades de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>>. Acesso em: 12 jun. 2017a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.** Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2017b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017.** Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família, 2017c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - SES/DF. **O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF.** Brasília, 2016a.

_____, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito. **Organograma.** 2016b. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. Poder Executivo. **Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Contrato nº 5, de 15 de julho de 2011**. Contrato que entre si celebram a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS e a empresa CHC – Brasil Consultoria & Gestão Ltda. para a execução da prestação de serviços, 2011.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.282-308, 2015.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1409-1419, jun. 2009. Mensal.

LACERDA, Josimari Telino de et al. Universidade Federal de Santa Catarina. Planejamento em saúde: **Planejamento normativo e estratégico**. In: LACERDA, Josimari Telino de et al. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 71-91.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2015. 193 p.

SCHRAIBER, Lilia B. Prefácio: Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 9-19.

SILVA, Claudio Valdivinio e. **A percepção dos conselheiros de Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca dos domínios do empoderamento**. 2013. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa Saúde da Família no Brasil**. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-75.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Departamento de Saúde Coletiva. **Linhas**. 2017. Disponível em: <<http://164.41.147.224/fs/dsc/graduacao/index.php/linhas>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Gestão da Assistência Farmacêutica** – Especialização à distância. Eixo 2: Serviços Farmacêuticos. Módulo 4: Logística de Medicamentos. Unidade 1: Programação de medicamentos. 2ed. Florianópolis: Universidade Federal Santa Catarina, 2013a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Gestão da Assistência Farmacêutica** – Especialização à distância. Eixo 2: Serviços Farmacêuticos. Módulo 2: Planejamento em Saúde. Florianópolis: Universidade Federal Santa Catarina, 2013b.